

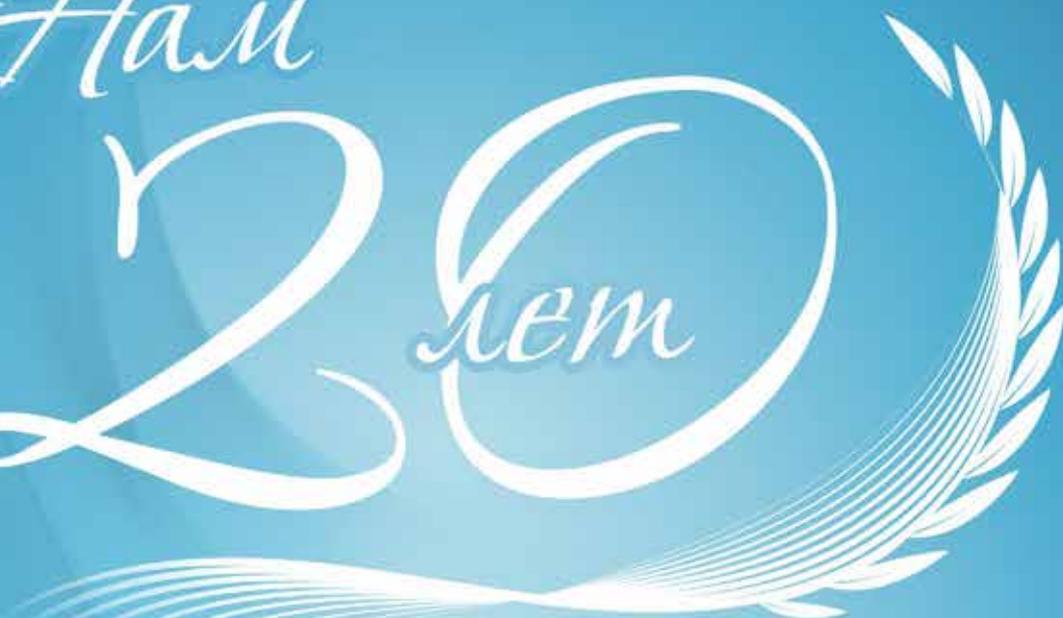


Хирургия
ПОЗВОНОЧНИКА
научно-практический журнал
Russian Journal of Spine Surgery

Нам

20

лет



Планирование протяженности дорсального спондилодеза при врожденных сколиозах: что изменилось за 20 лет?

В 2004 г. в журнале «Хирургия позвоночника» была опубликована статья «Предоперационное планирование протяженности дорсального спондилодеза при врожденных сколиотических деформациях позвоночника» (автор А.Л. Ханаев), в которой описывался алгоритм планирования хирургического вмешательства у больных с врожденными прогрессирующими сколиотическими деформациями. По прошествии 20 лет хочется посмотреть, насколько актуальными остались те алгоритмы планирования и насколько изменилась позиция хирургов-вертебрологов по отношению к протяженности дорсальной фиксации позвоночника при хирургическом лечении врожденных сколиозов.

При рассмотрении алгоритма планирования протяженности дорсального спондилодеза для верхнегрудной аномальной дуги при отсутствии противоискривления в груднопоясничном отделе позвоночника можно рекомендовать спондилодез на протяжении от верхнего (не выше Th₁ позвонка) до нижнего концевого позвонка основной сколиотической дуги (не выше L₃ позвонка). Если же имеются аномалии развития в дуге противоискривления или ригидная дуга противоискривления без аномалий, то более рационально применять спондилодез от верхнего концевого позвонка основной дуги до L₅ позвонка. При условии применения транспедикулярных систем фиксации, если возникает соответствие с линией, соединяющей гребни таза, то нижний уровень спондилодеза можно изменить краниально до L₃ позвонка.

При рассмотрении алгоритма планирования протяженности дорсального спондилодеза для грудной аномальной дуги при отсутствии аномалии развития в дуге противоискривления и ее ригидности можно рекомендовать выполнение спондилодеза на протяжении от верхнего концевого позвонка (не ниже Th₄ позвонка) до нижнего концевого позвонка основной дуги (не выше L₃ позвонка). При преобладающем ригидном поясничном противоискривлении следует рассматривать протяженность спондилодеза от верхнего концевого позвонка основной дуги до нижнего концевого позвонка поясничной сколиотической дуги. При преобладании верхнегрудного противоискривления – протяженность спондилодеза от Th₁ до нижнего концевого позвонка основной дуги (не выше L₃ позвонка). В настоящее время можно согласиться с автором, что основным условием, необходимым для проведения корригирующих операций с использованием заднего позвоночного инструментария, является нормальное

развитие опорных элементов позвонков, находящихся за пределами верхней и нижней границ основной дуги искривления позвоночника. Следовательно, включение в протяженность спондилодеза выраженных структурных изменений позвонков и других аномалий развития позвонков является важным элементом планирования. Таким образом, при блокировании верхней дуги противоискривления, содержащей другие аномалии развития позвонков, достигается выключение потенциально опасной зоны в плане послеоперационного прогрессирования, здесь целесообразно продлевать блок до уровня Th₁, что отражено в алгоритме.

При рассмотрении алгоритма планирования протяженности дорсального спондилодеза для груднопоясничной и поясничной аномальных дуг при отсутствии противоискривления в грудном отделе позвоночника, а также при наличии мобильного противоискривления можно рекомендовать выполнение спондилодеза на протяжении от верхнего (не ниже Th₄ позвонка) до нижнего концевого позвонка основной сколиотической дуги (не выше L₃ позвонка). Если имеются аномалии развития в дуге противоискривления или при наличии ригидной дуги противоискривления без аномалий развития, то протяженность спондилодеза – от нижнего концевого позвонка основной дуги до верхнего концевого позвонка противоискривления (не ниже Th₄ позвонка).

При рассмотрении алгоритма планирования протяженности дорсального спондилодеза для поясничнокрестцовой аномальной дуги, при отсутствии противоискривления в грудном отделе позвоночника, а также при наличии мобильного противоискривления можно рекомендовать выполнение спондилодеза на протяжении от верхнего концевого позвонка (не ниже Th₄ позвонка) до нижнего концевого позвонка основной сколиотической дуги. Если имеются аномалии развития в дуге противоискривления или при наличии ригидной дуги противоискривления без аномалий развития, то протяженность спондилодеза – от нижнего концевого позвонка основной дуги до верхнего концевого позвонка противоискривления (не ниже Th₄ позвонка).

Хочется отдельно отметить группу врожденных сколиозов с наличием единичных боковых или заднебоковых полупозвонков. Их удаление с последующей коррекцией транспедикулярным инструментарием можно проводить не только в разные возрастные периоды, но и с применением коротких металлоконструкций, захватывающих от двух до нескольких позвоночных сегментов. Более того, описанные выше алгоритмы планирования при таких аномалиях раз-

вития нельзя однозначно рекомендовать к применению, особенно при возможности выраженной клинорентгенологической коррекции сколиоза.

Тем не менее основными факторами, определяющими прогноз хирургического лечения врожденных сколиозов, являются не только сама клинорентгенологическая коррекция деформации позвоночника, а еще и стремление к нормализации физиологических изгибов и максимальному восстановлению баланса туловища во всех плоскостях. Именно комбинация указанных выше факторов является определяющей для формирования полноценных костных блоков в отдаленные сроки после операции, а также для снижения риска повторных хирургических вмешательств в связи с несо-

стоятельностью как металлоконструкций, так и их позвоночных точек опоры. В связи с этим применение описанных выше алгоритмов не должно быть абсолютным руководством к предоперационному планированию хирургического лечения врожденных сколиозов. Они лишь должны рассматриваться как одно из звеньев в цепочке решения проблемы врожденных сколиотических деформаций позвоночника.

*В.В. Новиков, Новосибирский НИИ
травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна,
А.Л. Ханаев, санаторная школа-интернат № 133,
Новосибирск*

